

UDS

**Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana**



ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

CEFALEA Y MIGRAÑA

DEFINICION

el término cefalea, se designa a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia es aproximadamente del 18% en las mujeres y 6% en los hombre el 90% de estos pacientes sufren dolor de intensidad moderada a severa y un tercio requiere reposo en cama durante sus ataques.

CLASIFICACION

Cefaleas primarias. Se caracterizan por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuentes (90-95% de todas las cefaleas)

Cefaleas secundarias. Se caracterizan por ser síntomas de una patología subyacente y potencialmente más peligrosas, por lo que requieren investigación adicional a la anamnesis y la exploración física y deben ser por tanto remitidas a nivel especializado.

las **cefaleas primarias** destacamos:

Migraña con / sin aura

Cefalea tensional

Cefalea en racimos (cluster)

Hemicránea paroxística crónica

Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergóticos

las **cefaleas secundarias**, mucho menos frecuentes que las anteriores, destaca por su prevalencia las secundarias a:

Traumatismo craneal

Trastornos vasculares

Alteraciones metabólicas

Alteraciones estructurales craneales

Infecciones

Neuralgias

cefalea tensional, el síntoma es el dolor de intensidad leve o moderada que aparece de modo episódico y puede durar varios días. Duele toda la cabeza. No se suele asociar con otros síntomas como náuseas o vómitos, que son más propios de la migraña.

En el caso de la **migraña o jaqueca**, el dolor es unilateral (duele la mitad de la cabeza), de carácter pulsátil (como un latido) y puede acompañarse de náuseas, vómitos e intolerancia a la luz y el ruido. Puede presentar "aura", un conjunto de síntomas neurológicos generalmente visuales (luces centelleantes o visión borrosa) que suelen preceder al dolor de cabeza.

Los síntomas de la **cefalea en racimos** son dolores intensos, siempre unilaterales y de corta duración (menos de 3 horas), repetidos varias veces al día durante unos meses al año. Puede presentar enrojecimiento ocular, lagrimeo, congestión nasal, hinchazón facial, edema de los párpados y rinorrea (líquido transparente a modo de moqueo) del mismo lado en el que duele la cabeza.

ETIOLOGIA

Herencia: una gran mayoría de pacientes migrañosos tienen padres o hermanos con migraña.

Edad: existen la infancia; aunque es menos frecuente. A estas edades la migraña se presenta por igual en niños y niñas. A partir de la pubertad y debido a los cambios hormonales, se dispara la incidencia de migraña en las mujeres.

Estrés: Es independiente del tipo de estrés y de los factores que lo desencadenan.

Alimentos: chocolate, cacao, vainilla, plátano, frutos secos, cítricos, aditivos de comidas basura, salchichas, quesos fermentados, picantes (alimentos que contengan sustancias con tiramina, glutamato monosódico).

Alcohol: independientemente del tipo, sin embargo, los vinos tintos que contienen taninos suelen desencadenar migraña con mayor frecuencia.

Cambios hormonales: la incidencia de la migraña se dispara en las mujeres tras la aparición de menarquia. La migraña suele empeorar con la ovulación y la menstruación, así como con la toma de anticonceptivos orales. El embarazo suele mejorar transitoriamente la migraña y muchas mujeres mejoran extraordinariamente cuando desaparece la menstruación.

Cambios climáticos: no existe un patrón climatológico para la migraña.

Falta o exceso de sueño.

Fármacos (vasodilatadores, nitritos, etcétera).

DIAGNOSTICO

HISTORIA CLÍNICA

Obtener datos del paciente y familiares



los pacientes con cefalea, dentro del motivo de consulta, debería constar:

1. La edad del paciente.
2. La forma de inicio del dolor (súbito-repentino o gradual-progresivo).
3. Si ha sufrido con anterioridad episodios similares de cefalea.

TRATAMIENTO

- Ketorolaco 30 mg (Toradol®) por vía endovenosa (grado de evidencia II)
 - Metoclopramida 10-20 mg (Primperan®) por vía endovenosa (grado de evidencia II)
- Fluidoterapia endovenosa: Suero fisiológico (grado de evidencia IV)
 - Diazepam 5 mg (Valium®) (grado de evidencia IV) por vía endovenosa (infusión muy lenta, riesgo de hipotensión) o intramuscular. Puede utilizarse ya que se trata de un fármaco que puede ayudar a reducir la ansiedad que acompaña el dolor y facilitar el sueño lo que habitualmente mejora el dolor).
 - En caso de intolerancia digestiva, hipertensión arterial, otra contraindicación para el uso de AINES se sugiere utilizar metamizol 2 g (Nolotil®) por vía endovenosa, teniendo en cuenta que podría descender la presión arterial. En caso de alergia a AINES se indicaría paracetamol 1 g (Paracetamol®) por vía endovenosa.
 - Una opción en pacientes con insuficiencia renal en los que los AINES estén contraindicados y que no respondan a Paracetamol® sería el uso de tramadol (Adolonta®) 50-100 mg.
 - En caso de embarazo o lactancia se recomienda utilizar acetaminofén 1 g (Paracetamol®) por vía endovenosa.

Bibliografía

Amosa, M. D. (2018). Traumatismo craneoencefalico. En M. D. Amosa, *Manual CTO de medicina y Cirugía* Madrid España: Grupo CTO

- Bibiano, C. G. (2018). Traumatismo craneoencefalico. En C. G. Bibiano, *Manual de Urgencia*. MADRID ESPAÑA: Saned grupo.
- BorrueI, M. A. (2013). traumatismo craneoencefalico. En M. J. BorrueI, *Manual de urgencias neurologicas* ESPAÑA: Teruel.
- Longo, L. D. (2013). convulsiones y epilepsia. En L. D. Longo, *Harrison.Manual de medicina*. Mexico: McGraw-Hill.

